In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful

EPH Belfort service de gyneco-obstetrique

ECLAMPSIE

DR GHEBRIOU

PR DJANNAOUI

PLAN

1) Introduction :

- Eclampsie est une complication neurologique majeure

- Définie par une manifestation convulsive et/ ou des troubles de la conscience
  survenant dans un contexte de PE
  ne pourant être rapportés a un Pb neurologique pré existant
- Fréquente chez les primipares

- Pronostic péjoratif des crises survenant en pré-partum ou ne s'accompagnant pas d'un retour rapide a la conscience d'où la nécessité d'une PEC rapide efficace et multi- disciplinaire

- ***2) Epidémiologie :***

- *- Fréquente chez les primipares*
- *- Responsable 50000 décès / an au niveau mondial srt les pays en voies de développement*

3) Physiopathologie :

Défaut de placentation

↓

Ischémie placentaire

↓

Réponse inflammatoire

(+) cytokines pro inflammatoire plq

Libération des radicaux libres toxique

(+) PN

↓

Lésions endothéliales (dysfonction endothéliale)

Facteurs vasomoteurs

- *Vasoconstriction*
- *Spasme vasculaire*
- *Perméabilité*

Facteurs pro thrombotique

- *Thrombose VX*
- *CIVD*
- *Micro-angiopathie*

Lésions viscérales diffusés

Eclampsie

**Spasme vas / VC artériolaire avec obstruction capillaire provoquant une ischémie focale*

**Œdème au niveau occipital (préférentiellement)*

vasogénique probablement déclenché par forçage de la BHE par poussé hypertensive dont l'adaptation vasculaire a une poussé d'HTA étant rendue moins efficace

- perturbation endothéliale

- réduction de l'auto régulation

** Cytotoxique rare*

4) Facteurs de risque :

- *Age < 20 ans*
- *Infection urinaire*
- *Primi gestation × 6*
- *Obésité*
- *Diabète*
- *Femmes noires*
- *Grossesse gémellaire*
- *Facteurs génétiques*
- *HTA chr , PEC surajoutées*

5) Manifestation cliniques :

PE :

- HTA
- Protéinurie +++ > 300mg/24h
- Œdème

Eclampsie

* Prodromes → inconstant
→ leur importance est capitale pour conduire a une PEC adéquate

- ↑ rapide TA
- Perturbation visuelles : photophobie cécité corticale temporaire (30-50% CAS)
- Céphalées rebelles au TRT usuel 70% cas
  Rq : peut être secondaire au TRT
-Agitation : mvts anormaux (frissons clonus)

▪ *Manifestations critiques:*

- ***Crise convulsive:***
  - ***unique 50% cas***
  - ***Prf associée ou précédée (trb visuels)***
- ***Manifestations déficitaires focales transitoires***
- ***Persistance d'une altération de la conscience***

→ ***élément de mauvais PC***

- ***Manifestations extra-neurologiques :***

- ✓ ***HRP***
- ✓ ***IRA***
- ✓ ***HELLP***
- ✓ ***CIVD***
- ✓ ***OAP***

6) Exploration complémentaire:

- *Les investigations complémentaires d'imagerie cérébrale → informations utiles*
- *Srt pour Dg différentiel*

  Hgies cérébrales

  TVC
- *Non systématique mais utilisés dans :*

  - un contexte de PE non connu

  - persistance de trouble de la conscience

  - présence de signes de localisation

TDM cérébrale:

- *Lésions hypo -denses, bilatérales*
- *Svt asymétriques, sous corticales*
- *Svt pariéto-occipitales*
- *Rarement frontales*

IRM: peu spécifique du du mécanisme lésionnel

- *Hypodensités cortico -sous corticale – fronto – pariéto – occipitale – bilatérale*
- *Montre des prises de contrastes corticales traduisant une rupture de la BHE*

7) Diagnostique différentiel:

Tableau clinique caractéristique → crise convulsive avec retour a un état de conscience normal

1- Encéphalopathie herpétique

- *Exceptionnellement discutée (PE non connu)*
- *TDM cérébrale: lésions Hgiques ou œdème en temporale*

→ *discuter instauration d'un TRT spécifique*

2- Thrombophlébite cérébrale CPC classique en péri-partum

→ *dg par angio TRM veineuse*

3 -Encéphalopathie post réversible

8) PEC thérapeutique :

Objectifs

A- PEC de la mère Pd la crise

- Libération des voies aériennes
- Assurer une bonne oxygénation

- Eviter les morsures de la langue et autres lésions dues aux CVS
- Mettre en position latérale de sécurité
- Maintient a tout pris une bonne oxygénation sce SPO², envisager l'assistance ventilatoire (intubation bi Hypoxie)

B- TRT anti HTA

C- TRT anti convulsivant

- **** TRT de la crise par BZE (valium 10mg) IVD***
- **** Prévention de la récidive des crises recommandations***

Sulfate de MG
(Mg SO4)

↓

TRT de choix

- ***Dose :*** *4gr en 20mn → dose d'attaque*
  relais 1 – 2gr / H → dose d'entretien Pd 24h

- ***Sce :*** *ROT , FR , FC*

- ***Toxicité ;*** *aréflexie, faiblesse musculaire, vomi, somnolence, diplopie, arrêt respiratoire, arrêt cardiaque*

→ ***TRT: gluconate Ca+ (antagonise au niveau JNM)***

❖

Rq: si coma persistant au de la 4 – 6H

TDM, IRM cérébrale → œdème cérébral

Indication de VA:

- *Crises subintrantes*
- *Non reprise de la conscience après la crise*
- *Détresse respiratoire*
- *Indication opératoire en urgence*

Conséquences obstétricales:

- ***La survenue d'une crise d'éclampsie n'est pas une indication formelle a la césarienne en urgence***

- ***Pourraient être motivés par:***

  - raisons fœtales

  - justifiées par l'état maternel stable rassurant

↓

césarienne différée permettant une corticothérapie de 48H pour la maturation pulmonaire

Pronostic: → ***péjoratif***

Non reprise de la conscience

Troubles de la crase

IRA, TH, OAP

- ***Mortalité fœtale / néonatale 6%***

TRT de l' éclampsie

- ***Signe prémonitoires***
  - ***Mg SO4 selon protocole***
- ***CVS***
  - ***Dans l'immédiat***
  - ***CVS itératives***

*

Dans l'immdiat ← Recommandation → CVS itérative

Dans l'immdiat

Prévenir la récidive

BZE valium 10mg IVD

- *Mg SO4 selon le protocole*
  dose d'attaque
  dose d'entretient

CVS itérative

** Limiter la souffrance neuronale*
** Eviter Hypoxie*
** Eviter l'inhalation*

TRT

- induction à séquence rapide
- IOT
- Discuter l'interruption immédiate de la Gsse
- Sédation, VA Pd 12-24H
- Imagerie IRM++

CONCLUSION:

- ✓ *L'éclampsie est une CPC grave de la pré-éclampsie caractérisé par l'apparition soudaine de crise convulsive précédée ou non de prodromes*
- ✓ *Le mécanisme lésionnel est le plus souvent un œdème cérébrale focale vasogénique avec infiltration péri vasculaire, thrombose et spasme, rarement œdème cytotoxique secondaire a une ischémie locale*
- *Elle n'est pas corrélée à l'importance de la poussée hypertensive*
- ✓ *Les céphalées constituent le prodrome le plus fréquent*
- ✓ *La prévention secondaire se fait par Mg SO4 (TRT de choix) sans effet délétère sur le fœtus*
- ✓ *Le PEC des patiente doit être rapide et efficace, Imagerie doit être disponible pour meilleur PC*